

**ELIGIBILITY REVIEW**  
TINJAUAN PEMENUHAN SYARAT

1. NAMA ANDA DALAM HURUF BALOK:    DEPAN                    TENGAH                    KELUARGA	2. <b>NOMOR TELEPON ANDA</b>		
	RUMAH	KANTOR	PESAN

3. ALAMAT DI MANA ANDA TINGGAL			
JALAN	KOTA	NEGARA BAGIAN	KODE POS

4. ALAMAT SURAT BILA BERBEDA			
JALAN	KOTA	NEGARA BAGIAN	KODE POS

5. SAYA/KAMI KINI MENERIMA <input type="checkbox"/> Uang <input type="checkbox"/> Kupon Makanan <input type="checkbox"/> Kesehatan <input type="checkbox"/> Perawatan Panti Wreda	6. SAYA/KAMI MEMERLUKAN <input type="checkbox"/> Uang <input type="checkbox"/> Kupon Makanan <input type="checkbox"/> Kesehatan <input type="checkbox"/> Perawatan Panti Wreda <input type="checkbox"/> Perawatan obat bius/alkohol <input type="checkbox"/> Lainnya: _____	7. <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">YA</td> <td style="text-align: right;">TIDAK</td> </tr> <tr> <td>Apakah anda punya kesulitan dalam bicara, membaca atau menulis dalam Bahasa Inggris?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apakah anda membutuhkan seorang pengalih bahasa?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bila ya, kami akan menyediakan seseorang.</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bila ya, bahasa apakah yang anda pahami?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		YA	TIDAK	Apakah anda punya kesulitan dalam bicara, membaca atau menulis dalam Bahasa Inggris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apakah anda membutuhkan seorang pengalih bahasa?			Bila ya, kami akan menyediakan seseorang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bila ya, bahasa apakah yang anda pahami?			_____		
	YA	TIDAK																		
Apakah anda punya kesulitan dalam bicara, membaca atau menulis dalam Bahasa Inggris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Apakah anda membutuhkan seorang pengalih bahasa?																				
Bila ya, kami akan menyediakan seseorang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Bila ya, bahasa apakah yang anda pahami?																				
_____																				

8. Bila anda ingin agar orang lain yang mengambil atau menggunakan tunjangan kupon makanan anda untuk anda, isilah yang berikut:

Nama mereka \_\_\_\_\_ Nomor Telepon \_\_\_\_\_

**HARAP MEMBACA**

**A. Tinjauan ini untuk mengkaji apakah anda tetap dapat memperoleh tunjangan uang, kesehatan dan/ atau kupon makanan. Bila anda perlu bantuan dalam mengisi formulir ini, harap beritahu kami.**

**B. Harap mengisi formulir ini dan poskan atau antarkan ke Community Service Office (Dinas Layanan Masyarakat) setempat anda dalam waktu sepuluh hari.**

1. Kami mungkin meminta anda datang ke kantor untuk suatu wawancara.
2. Kami mungkin meminta anda untuk melakukan verifikasi atas situasi anda atau jawaban anda dalam formulir ini.

**C. Bila anda kini tidak menerima tunjangan kupon makanan, namun telah mengajukan permohonan dalam pertanyaan enam di atas:**

1. Kami akan menentukan jumlah tunjangan kupon makanan berdasarkan pada tanggal di mana kami menerima formulir ini.
2. Jawablah pertanyaan 13, dan anda mungkin mendapat tunjangan kupon makanan dalam waktu lima hari, bila:
  - a. Anda punya penghasilan atau sumberdaya keuangan yang amat sedikit, atau
  - b. Penghasilan atau sumberdaya keuangan anda tidak cukup untuk uang sewa/cicilan rumah dan biaya sarana bulanan umum anda, atau
  - c. Anda tidak punya tempat sendiri untuk menetap, atau
  - d. Rumah tangga anda mencakup seorang pendatang atau pekerja pertanian musiman.
3. Anda harus memberikan kami Nomor "Social Security" atau mengajukan permohonan bagi tiap anggota rumahtangga seperti yang dipersyaratkan oleh undang-undang.

**D. Bila kini anda menerima tunjangan kupon makanan dan tidak menghendaki agar dihentikan, kembalikanlah formulir ini selambat-lambatnya tanggal 15 bulan depan. Kami akan mengkaji apakah anda masih memenuhi syarat.**

**INFORMASI SUKARELA**

Kami meminta agar secara sukarela anda menyampaikan latar belakang ras atau etnis anda. Informasi ini tidak akan digunakan untuk mempertimbangkan pemenuhan syarat anda dalam mendapat tunjangan.

Kulit putih     Berbahasa Spanyol     Kulit hitam     Penduduk asli Amerika Indian/Alaska     Vietnam/Laos/Kamboja  
 Asia lain atau Kepulauan Pasifik     Lainnya: \_\_\_\_\_

**TINJAUAN PEMENUHAN SYARAT**

**INFORMASI UMUM**

9. Saya perlu bantuan khusus karena saya:  
 Tuna netra       Tuna rungu       Buta aksara       Lainnya: \_\_\_\_\_

10. Cantumkan nama anda sendiri dan setiap orang yang tinggal di rumah anda. **Gunakanlah nama yang sah.**  
 JANGAN MENGGUNAKAN NAMA PANGGILAN. Bila anda tidak tahu suatu nomor "social security", biarkan kosong.

NAMA (DEPAN, TENGAH, KELUARGA)	HUBUNGAN DENGAN ANDA	TANGGAL LAHIR (BL/TG/TH)	NOMOR SOCIAL SECURITY	JENIS KELAMIN P atau W	WARGA-NEGARA A.S. YA T IDAK	MASUK SAH SEBAGAI PENDUDUK TETAP YA T IDAK	MASIH SEKOLAH YA T IDAK
A.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. BILA SESEORANG DALAM RUMAHTANGGA ANDA PERNAH MENGGUNAKAN NAMA LAIN (NAMA GADIS ATAU PERNIKAHAN) ATAU NOMOR SOCIAL SECURITY YANG BERBEDA, HARAP MENCANTUMKAN NAMA DAN/ATAU NOMOR SOCIAL SECURITY YANG LAIN ITU

NAMA LAIN	NOMOR SOCIAL SECURITY	NAMA LAIN	NOMOR SOCIAL SECURITY
A.		C.	
B.		D.	

12. CANTUMKAN NAMA SIAPAPUN YANG SUDAH KELUAR DARI RUMAHTANGGA ANDA SEJAK TINJAUAN YANG TERAKHIR.

NAMA (DEPAN, TENGAH, KELUARGA)	HUBUNGAN DENGAN ANDA	TANGGAL LAHIR (BL/TG/TH)	TANGGAL KELUAR
A.			
B.			
C.			

13. ISILAH INI HANYA BILA ANDA TIDAK MENDAPAT BANTUAN KUPON MAKANAN DALAM BULAN INI, KINI MENGAJUKAN PERMOHONAN DAN MEMBUTUHKANNYA DALAM WAKTU LIMA HARI.

	YA	TIDAK	BILA YA, SEBUTKAN JUMLAHNYA
Saya (kami) punya uang dalam bentuk tunai, rekening bank, atau tabungan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Saya (kami) mendapat uang, tunai, cek (penghasilan) dalam bulan ini .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Saya (kami) akan mendapat uang, tunai, cek (penghasilan) dalam bulan ini .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Saya (kami) harus membayar uang sewa atau cicilan rumah setiap bulan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Saya (kami) harus membayar biaya sarana umum (mis. gas, minyak, listrik) dalam bulan ini .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Uang, tunai, cek (penghasilan) saya (kami) baru saja dihentikan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bila ya, kapan? _____
Saya (kami) seorang pekerja pertanian pendatang musiman .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saya (kami) tuna wisma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Tandailah setiap dari situasi berikut ini yang berlaku pada siapapun dalam rumahtangga anda.

<input type="checkbox"/> Kehamilan (tanggal akan melahirkan) _____	<input type="checkbox"/> Tidak punya makanan atau uang pembeli makanan	<input type="checkbox"/> Tidak ada tempat tinggal
Nama anggota keluarga yang hamil: _____	<input type="checkbox"/> Keperluan berobat yang mendesak	<input type="checkbox"/> Tidak ada pemanas
	<input type="checkbox"/> Ancaman penghentian sarana umum (listrik, air)	<input type="checkbox"/> Perintah pengusiran
	<input type="checkbox"/> Korban kekerasan rumahtangga	

15. Untuk berapa orang dalam rumahtangga anda, anda membeli dan menyiapkan makanan?  
 \_\_\_\_\_

**HANYA UNTUK DIISI OLEH PETUGAS - LAYANAN PENYARINGAN YANG DIPERCEPAT**

16. Rumahtangga yang memenuhi syarat untuk layanan yang dipercepat .....  Ya  Tidak

TANDATANGAN PENYARING LAYANAN YANG DIPERCEPAT \_\_\_\_\_ TANGGAL \_\_\_\_\_

**TINJAUAN PEMENUHAN SYARAT**

**INFORMASI UMUM (Lanjutan)**

17. Status pernikahan - Kini saya:       Bujangan     Menikah     Cerai     Pisah     Janda/Duda      YA    TIDAK
18. Seorang anggota keluarga sementara ini tidak tinggal di rumah .....
- Siapa? \_\_\_\_\_ Di mana? \_\_\_\_\_
19. Saya (kami) tinggal di:  Rumah sendiri     Rumah perawatan orang dewasa     Sarana Perawatan Kolektif     Rumah kelompok  
 Sarana perawatan orang dewasa rumahan     Lainnya \_\_\_\_\_
20. Bila seseorang masuk ke dalam rumahtangga anda sejak tinjauan anda yang terakhir, jawablah pertanyaan A sampai dengan F, tentang orang tersebut.
- Nama: \_\_\_\_\_ Tanggal masuk: \_\_\_\_\_
- A. Mereka bermaksud menetap di Washington .....
- B. Mereka telah mengajukan permohonan atau menerima bantuan di Washington atau negara bagian lain .....
- Bila ya, di mana: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_
- C. Bagi keluarga yang kini mengajukan permohonan dengan kedua orangtua (menikah atau tidak) dalam rumah, cantumkan orangtua yang mendapat penghasilan terbesar dalam 24 bulan yang terakhir ini.
- Nama orangtua: \_\_\_\_\_
- D. Mereka merupakan purnawirawan angkatan bersenjata, tanggungan atau pasangan hidup seorang purnawirawan .....
- E. Mereka mendapat makanan dari suatu program distribusi makanan bagi orang Indian .....
- F. Mereka merupakan pendatang asing yang disponsori .....
- Bila ya, nama dan alamat sponsor: \_\_\_\_\_
21. Saya (kami) membayar seseorang untuk menyediakan makanan bagi saya (kami) .....
22. Saya (kami) mengharapkan ada perubahan dalam situasi saya (kami) dalam dua bulan berikut ini .....
- Bila ya, jelaskan: \_\_\_\_\_

**INFORMASI KESEHATAN**

- YA    TIDAK
23. A. Saya (kami) punya kwitansi pengobatan yang belum terbayar .....
- B. Saya (kami) perlu bantuan dengan kwitansi pengobatan dalam 3 bulan terakhir ini .....
- C. Saya (kami) kini, baru saja, atau akan dirawat di sarana kesehatan (misalnya rumahsakit, panti wreda, dsb.) .....
- Bila ya, sarana apa \_\_\_\_\_
- |                   |                    |                        |
|-------------------|--------------------|------------------------|
| (1) Tanggal Masuk | (2) Tanggal Keluar | (3) Tanggal Akan Masuk |
| _____             | _____              | _____                  |
| _____             | _____              | _____                  |
- D. Saya (kami) punya Medicare .....
- E. Saya (kami) punya tanggungan CHAMPUS (militer) .....
- F. Saya (kami) punya asuransi kesehatan .....
- (Hal ini mencakup asuransi apapun yang anda atau orang lain bayarkan, seperti asuransi pribadi, asuransi perawatan jangka panjang, asuransi kelompok melalui kantor atau serikat kerja anda, dsb.)
- G. Saya (kami) telah menerima asuransi kesehatan lewat pekerjaan dalam 3 tahun terakhir ini .....
- H. Saya (kami) telah menolak cakupan asuransi kesehatan lewat pekerjaan karena biayanya .....
- I. Saya (kami) telah mengalami kecelakaan yang perlu perawatan kesehatan .....

**TINJAUAN PEMENUHAN SYARAT**

**BERBAGAI SUMBERDAYA**

24. A. Saya (kami) memiliki atau punya andil dalam satu atau lebih dari yang berikut (jawablah ya atau tidak untuk setiap perincian):

SUMBERDAYA	YA	TIDAK	TOTAL JUMLAH/NILAI	BERAPA BANYAK	DI MANA
Uang yang dipegang (tunai)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Rekening bank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Rekening tabungan/deposito berjangka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Andil koperasi perusahaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Dana pensiun, IRA, KEOGH, dsb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Uang yang disimpan orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Saham/obligasi/dana reksa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Saham perwalian atau rekening anuitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Asuransi jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Rencana pemakaman yang sudah dibayar (bukan asuransi jiwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Uang untuk pemakaman/penguburan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Tanah makam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Kontrak penjualan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Properti di mana anda tinggal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Properti di mana anda tidak tinggal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Peralatan usaha (perkakas, mesin-mesin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Ternak (kuda, sapi, domba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Kayu potong/panen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		

B. Saya (kami) mempunyai atau akan membeli mobil atau kendaraan lain (truk, kapal, mobil wisata, trailer, rumah mobil, mobil salju, sepeda motor, dsb.) .....  YA  TIDAK

RINCIAN	TAHUN	MODEL	NILAI
			\$
			\$
			\$
			\$

C. Saya (kami) menggunakan kendaraan untuk tujuan kesehatan .....  YA  TIDAK

D. Saya (kami) menggunakan kendaraan untuk bekerja .....  YA  TIDAK

E. Saya (kami) telah menjual, menukar atau memberikan suatu sumberdaya (simak A dan B di atas) dalam 2 1/2 tahun terakhir ini .....  YA  TIDAK

Bila ya, jelaskan:

Apa? \_\_\_\_\_ Kepada siapa? \_\_\_\_\_

**PEKERJAAN**

25. A. Saya (kami) sedang atau telah bekerja sejak tinjauan yang terakhir (termasuk bekerja sendiri) .....  YA  TIDAK

Bila ya, apakah anda telah mengirim laporan penghasilan secara teratur kepada petugas sosial anda .....  YA  TIDAK

**CANTUMKAN PEKERJAAN PARA ANGGOTA RUMAH TANGGA**

NAMA ORANG	TEMPAT BEKERJA	JUMLAH JAM KERJA PER BULAN	TANGGAL BEKERJA TERAKHIR
1.			
2.			

B. Saya (kami) mampu bekerja (orang dewasa).....  YA  TIDAK

**BILA TIDAK MAMPU BEKERJA, CANTUMKAN SIAPA DAN MENGAPA**

NAMA ORANG	ALASAN
1.	
2.	

**TINJAUAN PEMENUHAN SYARAT**

**PEKERJAAN (LANJUTAN)**

C. Dalam 60 hari terakhir ini, saya (kami) berhenti bekerja ..... YA TIDAK

Bila ya, nama orang: \_\_\_\_\_ Nama kantor: \_\_\_\_\_

Alasan:  Pemutusan Hubungan Kerja  Dipecat  Menolak bekerja  Cuti panjang  Cedera  
 Berhenti bekerja  Mogok  Menolak pelatihan  Penyakit

**PENGHASILAN**

26. Saya (kami) menerima atau telah mengajukan permohonan untuk uang dari berbagai sumber berikut (tanda ya atau tidak untuk setiap rincian)

IPENGHASILAN	YA	TIDAK	ORANG DENGAN PENGHASILAN	JUMLAH	ORANG DENGAN PENGHASILAN	JUMLAH
Penghasilan (upah)/komisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan sosial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan pengangguran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan Social Security (SSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Penghasilan Security Tambahan (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan Karyawan Kereta Api	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Pensiun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan anak/ceraai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Uang asuransi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Saham perwalian atau rekening anuitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Uang dari orang yang indekos/menumpang makan/penyewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Uang dari sanak keluarga/teman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Tunjangan purnawirawan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Perburuhan dan industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Dana militer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Pembayaran kembali pajak penghasilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Beasiswa atau pinjaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Hadiah Tunai (bingo, lotere, dsb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Pinjaman lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Penghasilan lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$

**PENGELUARAN-PENGELUARAN**

27. A. Saya (kami) menanggung biaya perumahan (bila ya, sebutkan jumlah di bawah ini):  Ya  Tidak

1. Uang sewa .....	\$ _____	Pajak Properti .....	\$ _____
Cicilan rumah .....	\$ _____	Penilaian Properti .....	\$ _____
Biaya menumpang .....	\$ _____	Asuransi Pemilik Rumah .....	\$ _____

2. Seseorang membayarkan seluruh atau sebagian dari biaya perumahan atau sarana umum saya (kami) ..... YA TIDAK

3. Saya (kami) bertanggung-jawab untuk: Biaya pemanas/pendingin .....    
 Sarana umum lainnya .....

Listrik: \$ \_\_\_\_\_ Telepon: \$ \_\_\_\_\_ Sampah: \$ \_\_\_\_\_ Lainnya: \$ \_\_\_\_\_

Sumber Pemanas: \$ \_\_\_\_\_ Saluran Limbah: \$ \_\_\_\_\_ Air Ledeng: \$ \_\_\_\_\_  
 (BBM, gas, kayu, dsb.)

B. Saya (kami) menanggung biaya merawat tanggungan atau menjaga anak:  Ya  Tidak Bila ya, jumlah: \$ \_\_\_\_\_

C. Saya (kami) menanggung biaya tunjangan anak sesuai perintah pengadilan:  Ya  Tidak Bila ya, jumlah: \$ \_\_\_\_\_

## BACALAH DENGAN SEKSAMA SEBELUM MENANDATANGANI

### SAYA MEMAHAMI BAHWA:

- Saya (kami) wajib segera melaporkan ke Dinas Layanan Masyarakat (Community Services Office) dari Departemen Sosial dan Layanan Kesehatan (Department of Social and Health Services - DSHS) secara tertulis, tentang setiap perubahan dalam situasi saya. Pelaporan yang terlambat dapat mengakibatkan tunjangan yang tidak benar.
- Saya (kami) wajib menyerahkan bukti bahwa saya (kami) memenuhi syarat untuk menerima bantuan. DSHS dapat membantu saya (kami) mendapatkan bukti atau menghubungi orang-orang atau instansi-instansi lain untuk mendapatkannya.
- **Informasi yang saya (kami) berikan ini tunduk pada verifikasi oleh para pejabat negara bagian dan federal untuk memutuskan apakah saya memenuhi syarat untuk menerima tunjangan dan jumlah yang akan saya terima.** Hal ini dapat mencakup kedatangan yang tidak diumumkan dari Dinas Penyelidikan Khusus (Office of Special Investigation).
- **Nomor(-nomor) Social Security saya (kami) akan digunakan oleh berbagai instansi negara bagian dan federal untuk mengecek identitas dari para anggota rumahtangga, untuk mencegah partisipasi ganda, dan untuk bertukar informasi melalui komputer dengan berbagai instansi lain (misalnya Social Security Administration, Internal Revenue Service, tempat bekerja dan bank) untuk melakukan verifikasi atas pemenuhan syarat.**
- Dengan meminta dan menerima Bantuan kepada Keluarga dengan Anak-anak Asuh (Aid to Families with Dependent Children - AFDC) atau tunjangan Kup Makanan, orang-orang berusia antara 16 dan 60 tahun dapat diwajibkan untuk bekerja atau ikut kegiatan pelatihan.
- Dengan meminta dan menerima tunjangan keuangan, saya (kami) menyerahkan kepada Negara Bagian Washington semua hak untuk menunjang apapun, termasuk menunjang anak dan menunjang perawatan kesehatan.
- Dengan meminta dan menerima tunjangan perawatan kesehatan, saya (kami) menyerahkan kepada Negara Bagian Washington hak-hak saya (kami) atas tunjangan perawatan kesehatan dan setiap pembayaran dari pihak ketiga untuk perawatan kesehatan untuk membayar layanan kesehatan yang dicakup s menerima tunjangan perawatan kesehatan.
- Departemen ini dapat meminta kembali biaya dari layanan perawatan kesehatan jangka panjang bila saya (kami) berusia 55 tahun atau lebih tua dari harta saya (kami). Perawatan jangka panjang mencakup COPES, Medicaid Personal Care dan layanan panti wreda ditambah biaya rumah sakit dan obat-obatan yang terkait.
- Saya (kami) dapat dibatasi pada satu orang dokter dan apotek bila saya (kami) menyalah-gunakan tunjangan kesehatan saya (kami).

### PERINGATAN DENDA UNTUK KUPON MAKANAN

**Bila anda menggunakan atau menerima Kupon Makanan untuk membeli atau menjual senjata api, amunisi atau bahan peledak, anda dapat dilarang ikut Program Kupon Makanan secara permanen untuk pelanggaran pertama. Bila menggunakan atau menerima Kupon Makanan untuk membeli atau menjual obat-obatan terlarang, anda dapat dilarang ikut selama 12 bulan untuk pelanggaran pertama dan secara permanen untuk pelanggaran kedua. Bila secara sengaja melanggar peraturan Program Kupon Makanan lain yang manapun, anda dapat dilarang ikut selama 6 bulan untuk pelanggaran pertama, 12 bulan untuk pelanggaran kedua, dan secara permanen untuk pelanggaran ketiga. Selain itu, pengadilan dapat melarang anda ikut untuk 18 bulan lagi.**

- JANGAN:**
- Memberikan informasi yang tidak benar atau menyembunyikan informasi;
  - Menukar atau menjual Kupon Makanan atau kartu-kartu otorisasi;
  - Merubah kartu otorisasi untuk mendapatkan lebih banyak Kupon Makanan daripada yang anda berhak terima sesuai persyaratan;
  - Menggunakan Kupon Makanan untuk mendapatkan hal-hal yang tidak memenuhi syarat seperti minuman keras atau rokok; atau
  - Menggunakan Kupon Makanan atau kartu otorisasi orang lain untuk rumahtangga anda.

**Bila anda secara sadar dan sengaja melanggar suatu peraturan, anda dapat dituntut dan didenda sampai dengan \$250.000 atau dipenjara sampai dengan 20 tahun, atau kedua-duanya. Anda juga dapat dituntut sesuai dengan hukum federal lain yang berlaku.**

### DENDA UNTUK TUNJANGAN SOSIAL

Bila anda dinyatakan bersalah oleh pengadilan telah menerima Tunjangan Sosial secara tidak sah, anda akan dilarang menerima bantuan uang tunai dan kesehatan untuk jangka waktu yang ditentukan oleh pengadilan.

### PERNYATAAN DAN TANDATANGAN

Saya (kami) telah membaca (atau artinya telah dijelaskan pada saya/kami) dan memahami informasi dalam permohonan ini. Saya (kami) menyatakan di bawah ancaman hukuman untuk memberi pernyataan palsu, bahwa informasi yang saya (kami) berikan dalam permohonan ini bersifat benar, betul dan lengkap sejauh sepengetahuan saya (kami). Saya (kami) memahami bahwa saya (kami) dapat dituntut secara pidana bila saya (kami) secara tidak benar menerima uang tuna kupon makanan atau tunjangan kesehatan karena saya (kami) telah membuat pernyataan yang salah dengan sengaja atau karena saya (kami) telah lalai melaporkan sesuatu secara sengaja padahal saya (kami) seharusnya melaporkannya.

**Hanya seorang pemohon harus menandatangani bila hanya memohon Kupon Makanan.**

**Bila memohon bersama untuk tunjangan uang atau kesehatan, semua anggota rumahtangga yang dewasa harus menandatangani.**

TANDATANGAN PEMOHON	TANGGAL	TANDATANGAN ANGGOTA RUMAH-TANGGA LAIN YANG DEWASA	TANGGAL
TANDATANGAN SAKSI BILA PEMOHON MENANDATANGANI DENGAN TANDA "X"	TANGGAL	TANDATANGAN SAKSI BILA PEMOHON MENANDATANGANI DENGAN TANDA "X"	TANGGAL
TANDATANGAN PEMBERI BANTUAN	TANGGAL	TANDATANGAN PEMBERI BANTUAN	TANGGAL